

■ Artigo Original

Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas

Choice of type of delivery: factors reported by puerperal woman

La elección del tipo de parto: factores relatados por puérperas



Raquel Ramos Pinto do Nascimento^a
Sandra Lucia Arantes^b
Eunice Delgado Cameron de Souza^c
Luciana Contrera^d
Ana Paula Assis Sales^d

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>

RESUMO

Objetivo: Conhecer os fatores relatados por puérperas que concorreram na escolha do tipo de parto.

Métodos: Pesquisa qualitativa, desenvolvida com 25 puérperas em um Hospital Universitário de Mato Grosso do Sul, entre setembro e novembro de 2014. Utilizou-se a entrevista semiestruturada para a coleta de dados e o Discurso do Sujeito Coletivo para organizar e tabular os depoimentos.

Resultados: Os Discursos dos Sujeitos Coletivos resultaram nas categorias: Desejo pelo tipo de parto realizado; Respeito pelo tipo de parto escolhido e Fatores que influenciaram a escolha. A maioria das mulheres entrevistadas (76%) manifestou preferência pelo parto normal devido à recuperação rápida, menor dor e sofrimento.

Conclusões: Concorreram na escolha do tipo de parto: influência da família, experiências prévias com parto, interação profissional — cliente e informações via internet, o que reforça a importância da educação em saúde desde o pré-natal, destacando a necessidade de instrumentalizar a mulher para realizar uma escolha consciente.

Palavras-chave: Parto normal. Cesárea. Tomada de decisões. Saúde da mulher. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

ABSTRACT

Objective: To know the factors listed by puerperal woman that influenced the choice in type of delivery.

Methods: Qualitative research, developed with 25 puerperal women in a University Hospital of Mato Grosso do Sul, between September and November 2014. A semi-structured interview was used for data collection and the Collective Subject Discourse was used to organize and tabulate the data collected.

Results: The Collective Subject Discourses resulted in the following categories: Desire for the type of delivery; Respect for the chosen type of delivery and Factors that influenced the choice. Most of the women interviewed (76%) expressed a preference for normal birth due to rapid recovery, less pain and suffering.

Conclusions: The influence of family members, previous experience with childbirth, professional–customer interaction and internet information influenced the type of delivery chosen, which reinforces the importance of health education since the pre-natal stage, highlighting the need to equip women to perform a conscious choice.

Keywords: Vaginal delivery. Cesarean section. Decision-making. Women's health. Millennium Development Goals.

RESUMEN

Objetivos: Conocer los factores relatados por puérperas que concurren en la elección del tipo de parto.

Métodos: Investigación cualitativa, desarrollada con 25 parturientas que se encontraban en un Hospital Universitario de Mato Grosso do Sul, entre septiembre y noviembre de 2014. Se utilizó la encuesta semiestructurada para la recolección de datos y el Discurso del Sujeto Colectivo (DSC) para organizar y tabular las informaciones.

Resultados: Los DSCs resultaron en las categorías: Deseo por el tipo de parto realizado; Respeto por el tipo de parto elegido y Factores que influyeron en la elección. La mayoría de las mujeres encuestadas (76%) prefirieron el parto vaginal debido a la recuperación rápida, menos dolor y sufrimiento.

Conclusiones: Concurrieron en la elección por la vía de nacimiento fueron: influencia de la familia, experiencia previa con parto, interacción profesional — cliente e información vía internet, lo que refuerza la importancia de la educación en salud desde el prenatal, destacando la necesidad de instrumentalizar a la mujer para realizar una decisión consciente.

Palabras clave: Parto normal. Cesárea. Toma de decisiones. Salud de la mujer. Objetivos de Desarrollo del Milenio.

^a Maternidade Cândido Mariano/Associação de Amparo à Maternidade e a Infância. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Enfermagem. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

^c Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

^d Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Curso de Enfermagem. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

Dentre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o quinto (melhorar a saúde materna) se apresenta como um grande desafio para o Brasil e o mundo. Em particular, para o Brasil, o desafio é superar a medicalização do parto⁽¹⁾, facilitar o acesso das mulheres aos meios e serviços de saúde, permitindo a comunicação e expressão nas questões de saúde que lhe dizem respeito, assistência adequada e igualdade de oportunidades na utilização de cuidados de saúde, os quais refletem o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde pública.

De acordo com o 5º Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM, lançado em maio de 2014, o Brasil reduziu em 55% a taxa de óbitos das gestantes em duas décadas (1990 a 2011), ou seja, a taxa caiu de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos, um avanço maior do que a média de reduções da América Latina e do mundo, que foi de 45%. A percentagem de partos atendidos por profissionais de saúde treinados — um dos seus principais indicadores — era de aproximadamente 66% no mundo em desenvolvimento, em 2011. No Brasil, 99% dos partos foram realizados em hospitais ou outros estabelecimentos de saúde⁽²⁾.

Porém, existem aspectos relacionados à assistência ao parto que ainda precisam de discussão. O modelo de assistência ao parto, no Brasil, é caracterizado por excesso de intervenção, o que tem contribuído para o aumento de cesáreas e a morbimortalidade materna e infantil⁽³⁾. A razão da mortalidade materna relacionada com os nascimentos cirúrgicos continua sendo um dos indicadores que mais contribuem para esse aumento⁽²⁾. As taxas brasileiras de cesariana correspondem a 52%, chegando a 88% na rede privada, números muito superiores ao limite máximo de 15% proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽⁴⁾. Estudo realizado em 24 países e 372 instituições de assistência ao parto nos continentes Africano, Asiático e América Latina, coloca a taxa de cesárea sem indicação médica entre 0,01 a 2,10 %⁽⁵⁾.

Os resultados de outro estudo realizado no Paraná, onde se considerou a fonte de financiamento relacionado à via de parto, apontaram que mesmo no Sistema Único de Saúde (SUS) o parto cesárea superou os vaginais nos 11 anos de acompanhamento do fenômeno, o que permitiu concluir a tendência de aumento de partos cirúrgicos independente de o financiamento ser público ou privado⁽⁶⁾.

Em relação ao parto normal, o Brasil tem taxa de 68,5% e aparece em 2º lugar dentre os países da América. A Nicarágua ocupa o 1º lugar com taxa de 69,1%. O estudo considerou para desfechos da via de parto, condições so-

ciodemográficas das mulheres, estrutura da instituição assistencial, aspectos clínicos da gestação e parto e opção das mulheres⁽⁵⁾.

O governo brasileiro tem realizado um conjunto de ações com a finalidade de transformar essa realidade, melhorando então, a qualidade da atenção obstétrica e neonatal para o alcance do 5º ODM. Em 2012, os Ministérios da Saúde e da Educação lançaram o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF)⁽⁷⁾, qualificando enfermeiras para a assistência ao parto de risco habitual, para estimular e regularizar a assistência obstétrica prestada por não médicos e, assim, diminuir o volume de cesarianas desnecessárias e intervenções na assistência.

A qualificação profissional de enfermeiras, como estratégia da Rede Cegonha, qualifica-as para prestar um serviço humanizado de qualidade e capacita-as a atuarem em diferentes momentos do ciclo gravídico: pré-natal, parto, nascimento e pós-parto⁽⁷⁾.

Os não médicos que podem realizar o parto normal são o enfermeiro (a) e a/o obstetriz/enfermeiro (a) obstétrico (a), assim como a parteira titulada no Brasil até 1959⁽³⁾. Evidências mostram que modelos de assistência envolvendo esses profissionais associam-se a menores taxas de intervenções e em maior satisfação das mulheres⁽⁸⁾.

O respeito à mulher transforma o nascimento num momento único e especial. Ela tem o direito de participar das decisões sobre sua saúde e ações relacionadas ao seu próprio corpo, inclusive o tipo de parto ao qual será submetida.

A cesárea e o parto normal são as alternativas disponíveis e, dessa forma, espera-se que a gestante tenha o direito de analisar os riscos e benefícios para livremente optar⁽⁹⁾.

Por isso, dar à mulher a oportunidade de participar das decisões em relação ao que lhe foi informado interpõe uma obrigação ética e legal dos profissionais de saúde, a de oferecer informações claras e completas a respeito do cuidado, dos tratamentos e das alternativas⁽¹⁰⁾.

Nesse aspecto, os estágios supervisionados da Residência em Enfermagem Obstétrica, em centro obstétrico, oportunizaram saber que para atender ao 5º ODM e à meta de garantir direitos de saúde reprodutiva e presença de pessoal qualificado na hora do parto, a participação da mulher na escolha do tipo de parto de seu bebê também precisa ser contemplada.

Portanto, a questão norteadora deste artigo extraído da monografia "Tipos de parto: fatores relacionados na escolha pela puérpera"⁽¹¹⁾ foi: Como você está se sentindo com o tipo de parto que vivenciou? E teve como objetivo conhecer os fatores relatados por puérperas que concorreram na escolha pelo tipo de parto.

■ MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal analítico com abordagem qualitativa na perspectiva teórica da Maternidade Segura, adotando o referencial metodológico de Lefèvre e Lefèvre⁽¹²⁾, Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), produzido como exigência para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica, na modalidade de Residência (TCC), oferecido pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

O DSC é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal obtidos de depoimentos⁽¹²⁾ capturando os fatores que influenciam na escolha do tipo de parto pelos sujeitos.

Os sujeitos da pesquisa foram 25 puérperas internadas no Alojamento Conjunto do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP) de Campo Grande – MS, que atendiam aos critérios de inclusão: puérpera com vivência de parto normal ou cesárea nas últimas 12 a 72 horas. O aceite de participação foi documentado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas as menores de 18 anos de idade, aquelas com diagnóstico de alto risco, as que tiveram partos múltiplos ou natimorto, as mulheres privadas de liberdade, as indígenas e as deficientes auditivas.

O HUMAP é uma instituição pública que funciona como hospital-escola, recebe gestantes de risco habitual e de alto risco, por se tratar de instituição de referência nesta especialidade. A equipe de Ginecologia e Obstetrícia é composta por médicos, residentes e acadêmicos do curso de Medicina. Conta ainda com a presença de enfermeiras obstetras e residentes de Enfermagem Obstétrica. O modelo assistencial vigente é centrado na figura do médico, e o serviço de Enfermagem Obstétrica tem adotado práticas humanizadas.

Os dados foram coletados no período entre setembro e novembro de 2014. As entrevistas semiestruturadas foram conduzidas pela questão norteadora: *Como você está se sentindo com o tipo de parto que vivenciou?* e precedidas de análise prévia e contínua dos conteúdos e interrompidas no momento em que houve a repetição dos discursos. Os sujeitos receberam a letra P (puérpera) e um número de sequência de entrada no grupo.

Para a organização e tabulação dos dados, foram utilizadas três das quatro figuras metodológicas do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): as Expressões-chaves (ECH), que são trechos do discurso individual destacados pelo pesquisador e que revelam a essência do conteúdo do discurso; as Ideias Centrais (IC), ou seja, nomes ou expressões linguísticas que descrevem e

nomeiam, de maneira mais sintética e precisa possível, o(s) sentido(s) presente(s) no conjunto homogêneo de ECHs; e o Discurso do Sujeito Coletivo, que corresponde a um discurso síntese, elaborado com recortes dos discursos individuais e de sentido semelhante, sempre na primeira pessoa do singular. Portanto, o Discurso do Sujeito Coletivo é composto pelas Expressões-chaves que têm a mesma Ideia Central⁽¹²⁾.

Todas as fases do estudo foram desenvolvidas respeitando-se as normas éticas de pesquisa envolvendo seres humanos e a coleta de dados foi precedida da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, parecer nº 789.863/2014, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 3148.0114.3.0000.0021.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade dos sujeitos variou entre 18 e 37 anos, com predomínio na faixa de 20 a 30 anos, considerada ideal para o processo reprodutivo; a experiência foi de três e quatro partos (28%) cada, um (24%), dois (16%) e cinco (4%). Quanto ao tipo de parto, 14 (56%) depoentes foram submetidas à cesárea; destas, seis tinham cesárea anterior, cinco primíparas utilizaram essa via de parto em sua experiência de parturição, e 11 (44%) realizaram o parto normal, sendo que 10 (40%) repetiram a experiência de gestações anteriores.

Os resultados de parto operatório neste estudo, especialmente em primigestas, são particularmente preocupantes, uma vez que implicam alta probabilidade da repetição desse tipo de parto em futuras gestações. A medicalização do parto contrapõe-se às recomendações da Organização Mundial da Saúde que preconizam taxa ideal de cesárea até 15% e o mínimo de intervenções na assistência ao parto⁽¹⁾.

A elevada percentagem de partos cesáreos representa um grande desafio para a política de saúde, considerando os riscos desnecessários tanto para a mãe quanto para a criança, além da sua associação com a mortalidade materna e os custos adicionais para o sistema de saúde; especialmente quando a redução da mortalidade materna está associada à atenção qualificada ao parto, à assistência obstétrica de emergência e à impossibilidade do Brasil em atingir a meta do milênio de redução de 75% da mortalidade materna até 2015⁽⁶⁾.

A partir da análise das entrevistas com os sujeitos, os discursos foram organizados e tabulados em três categorias: Desejo pelo tipo de parto realizado; Respeito pelo tipo de parto escolhido; e Fatores que influenciaram a escolha.

Desejo pelo tipo de parto realizado

Nesta categoria, foram citados aspectos positivos e negativos do alcance do tipo de parto desejado. Houve destaque para a satisfação com a escolha acertada do parto normal, traduzida por expressões positivas, que partem de uma grande variedade de sensações que somente a experiência do parto normal propicia⁽¹³⁾. Sensações essas que, também, foram percebidas com a escolha do parto operatório, eleito para não sentir dor, ou não infringir riscos ao feto/neonato, ou decepção por ter fracassado na tentativa de um parto normal.

Para as depoentes que conseguiram o parto normal conforme seu desejo, o sentimento de alívio, êxtase e realização superou as expectativas.

Fiz o normal. Era o que eu queria, estou me sentindo ótima, foi tranquilo [...]. Foi a melhor coisa que me aconteceu, foi coisa de Deus. Achei que seria normal mesmo, não do jeito que eu pensei, foi melhor [...]. Estou me sentindo bem, por isso que é bom o parto normal (P4, P7, P8, P9, P10, P13, P15, P16, P18, P22, P24).

O parto normal é ativo e mais saudável por ser natural, tornando a parturiente protagonista no ato, o que não é percebido no parto cesáreo, pois, nele, a mulher assume a postura passiva, perdendo em partes o sentimento do protagonismo⁽¹⁴⁾.

Para algumas mulheres que realizaram cesárea, o estudo evidenciou o sentimento de frustração, perda de controle e do seu protagonismo, pois desejavam parto normal e tiveram que se submeter à cesárea.

Esperava o normal, mas tive que fazer cesárea [...]. Tentei ter normal, só que não estava conseguindo. Foi bem difícil meu parto (P1, P2, P3, P5, P6, P11, P12, P14, P17, P19, P20, P21, P23, P25).

Existem condições que justificam a indicação e realização da cesárea. Mas também são frequentes as dificuldades impostas para as mulheres exercerem a autonomia sobre seus corpos e serem protagonistas do processo do parto. Ao se entregarem totalmente aos cuidados dos profissionais, afastam-se progressivamente das decisões sobre o processo da gestação e de sua finalização⁽¹⁵⁾. A sensação de não ser capaz de parir é angústia frequente no momento do parto, tornando as mulheres mais vulneráveis às intervenções médicas nesse período⁽¹⁾.

Em contrapartida, aparece uma minoria em defesa da cesárea. Em nosso estudo, dentre os fatores que contribuíram

para a realização desse desejo estão o medo da dor e a indicação médica, como pode ser observado no próximo discurso:

Prefiro cesárea ao normal porque tenho medo da dor [...]. Acho horrível sentir dor [...]. Vim preparada pra fazer cesárea. Mentalizei que eu não queria sentir dor [...]. Sinto-me bem, fiz cesárea, era o que eu queria (P2, P5, P14, P21, P22).

O desejo da mulher por uma cesariana é sustentado pelo medo, pela conveniência e pela desinformação. Muitas vezes, a gestante receia as consequências do parto vaginal por considerá-lo uma experiência arriscada. A mulher tem a ideia paradoxal de que o ato cirúrgico é um modo para evitar a dor⁽¹⁶⁾. Além da desinformação, as intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e as violências obstétricas transformam o que seria um acontecimento normal em um procedimento desumanizado, aumentando ainda mais as sensações dolorosas e os medos, o que contribui para a aceitação e solicitação da cesariana⁽¹⁾.

O medo da dor vivida no parto normal foi também referenciado como fator contribuinte pela escolha da cesárea, conforme alguns estudos^(1,9,17-18).

Certos critérios utilizados para o desejo e a escolha da cesárea estão relacionados com expectativas e crenças que poderão comprometer o processo do nascimento. Esse tipo de nascimento parece ser compreendido pelas mulheres como indolor e seguro.

Quando ocorreu a indicação da cesárea, constatou-se que algumas mulheres demonstraram passividade, submissão e convivência.

A decisão de cesárea foi do médico [...]. Esperava não ter complicação no parto. Queria que tivesse sido normal [...]. Pelo bem dela (neném) me submeti à cesárea. Meu marido e minha mãe falaram que, por ela, valia tudo (P1, P2, P3, P6, P11, P17).

Ao declararem “esperava não ter complicação”, o DSC evidencia anulação do desejo para não correr risco. Os desejos não são atendidos, principalmente quando alguma intercorrência apresenta-se e passa a justificar as intervenções, as quais, quando não são adequadamente compartilhadas por meio de diálogo, deixam a marca da imposição pelo risco⁽¹⁵⁾.

A vulnerabilidade da mulher, desencadeada pelo processo de parturição, somada à detenção do conhecimento pelo médico fazem com que a parturiente valorize mais a opinião do profissional de saúde em detrimento da sua, não se pretendendo, porém, invadir o seu poder de decisão frente às evidências médicas, por si só, incontestáveis⁽⁹⁾.

A formação do médico obstetra, voltada para as complicações e gestação de alto risco, como é o caso do HUMAP, molda sua preferência para a tecnologia e a intervenção.

Respeito pelo tipo de parto escolhido

Quanto ao princípio da autonomia, entendida como a capacidade da pessoa de decidir o que é “bom”, o que é adequado para si, de acordo com seus valores, suas necessidades e seus interesses, a maioria dos sujeitos, 19 (76%), manifestou preferência pela realização do parto normal. Dessas, dez mulheres (40%) preferiram o parto normal, mas, foram submetidas à cesárea, nove (36%) escolheram e alcançaram o parto normal, e cinco (20%) escolheram e tiveram parto cirúrgico. Apenas uma (4%) não tinha preferência, mas acreditava que o normal seria melhor.

Contrariando o modelo hospitalar e medicalizado predominante, as mulheres sinalizaram sua preferência pelo parto normal, natural e humanizado, contrapondo, por certo, ao parto operatório, muito praticado no Brasil e, em muitos casos, sem atender critérios e/ou classificações preconizados na literatura médica nacional e internacional.

A medicalização do parto também contribuiu com as crescentes taxas de cesáreas⁽¹⁾, porém as gestantes têm um projeto, que é o parto normal, e, para tanto, algumas delas agem com a intenção de concretizá-lo⁽¹⁰⁾.

Os discursos a seguir descrevem e nomeiam sentimentos e satisfação, liberdade, autonomia e respeito pela fisiologia do parto.

O parto normal é melhor, devido à recuperação que é mais rápida [...]. Termina o parto a gente já está bem e cuidando do bebê, não precisa ter muita ajuda [...]. Você pode levantar, tomar o seu banho [...]. Vejo elas (puérperas) andando pra todo lado e cesárea já não tem tanta liberdade, tem que ser mais cautelosa [...]. Normal você não depende de ninguém [...]. Você ganha e, em algumas horas, está bem, tudo mais tranquilo e a cesárea já não (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P8, P9, P10, P11, P12, P14, P15, P16, P20, P22, P24, P25).

Algumas das razões citadas pelas mulheres que preferiram o parto vaginal traduzem uma crença comum e são também encontradas em diversos estudos^(9,14,16).

Considerando que a fisiologia do parto envolve uma experiência corporal intensa, é possível encará-la com prazer e alegria. O parto ativo é instintivo, é dar à luz de modo natural e espontâneo por meio da vontade e determinação da parturiente, tendo ela a completa liberdade de usar seu corpo e ser a protagonista desse processo. A mulher proporciona ao seu bebê o melhor modo de começar a

vida, por meio de uma transição segura entre o útero e o mundo, reconquistando seu poder fundamental como parturiente, mãe e mulher⁽¹³⁾.

O parto normal é mais tranquilo [...]. É melhor pra mulher e pra criança [...]. O bebê nasce bem certinho naquela data de modo mais natural [...]. Ele tem uma preparação toda pra saber que está vindo ao mundo, então parece que sai mais preparado [...]. Facilita a amamentação [...]. É natural, né [...]. Você tem que esperar contração pra ter [...]. Meu parto foi embaixo da água, foi no chuveiro, foi diferente [...]. O parto normal é uma boa experiência e é mais saudável (P4, P5, P6, P10, P11, P13, P16, P18, P19, P22, P25).

O parto normal é próprio da fisiologia humana, seus benefícios são inúmeros, tendo em vista que o corpo da mulher foi preparado para tal. A maioria das parturientes e dos neonatos é capaz de atravessar de maneira saudável o momento crítico do nascimento, sem necessidade de intervenção médica⁽¹⁶⁾.

Fatores que influenciaram a escolha

Nessa categoria, inúmeros fatores são elencados e revelam que a escolha do tipo de parto pelas puérperas entrevistadas sofre influência de diferentes mecanismos institucionais, individuais e coletivos, de experiências prévias, do poder médico e da família, da ausência de ação dialógica no período pré-natal, do interesse, curiosidade e bagagem cultural, entre outras.

Preliminarmente, para que a mulher possa fazer escolha do tipo de parto, são requeridos conhecimento, informação e poder para tomada de decisão. Os discursos das puérperas mostraram que a tomada de decisão foi baseada em experiências anteriores e a possibilidade de repetição do mesmo tipo de parto se daria tanto no normal quanto operatório.

Meus partos anteriores foram normais [...]. A experiência do primeiro parto foi maravilhosa. Meus outros partos foram tão tranquilos que eu nem acreditava que aquilo era um parto normal [...]. Insisti no normal, apesar de ter sido sugerido parto cesárea (P1, P4, P7, P8, P15, P16, P20, P22).

Todos meus partos foram cesarianas [...]. O médico disse que não tem condições de ter normal [...]. Já sabia como ia acontecer (P2, P5, P25).

Certas condições, como a socioeconômica, opção da parturiente ou do obstetra, as condições institucionais e os

antecedentes de cesárea, são os fatores associados à indicação do tipo de parto. Entretanto, o parto vaginal após uma cesárea é seguro, desejável e ajuda a evitar problemas potencialmente decorrentes de cesarianas de repetição⁽¹⁵⁾.

A preferência pelo parto vaginal esteve relacionada, entre outros fatores, com a bagagem cultural das mulheres, na qual se inserem vivências pessoais, experiências e histórias familiares⁽¹⁷⁾. Mas, também, a experiência anteriormente vivida pelas mães sobre o momento e o tipo de parto é decisiva na escolha da via de nascimento em uma futura gravidez⁽¹⁹⁾.

Em ambas as vias de nascimento existentes, os discursos dos sujeitos revelaram que os atores que atuam nesse cenário influenciaram a sua opção, destacando aquelas de seu convívio cotidiano (família, conhecidas e amigas), bem como profissionais (médico, enfermeira e doula).

Tive influência da família: mãe, irmãs, tias [...]. Minha mãe sempre me explicou tudo [...]. Eu e minha irmã nascemos de parto normal e meu irmão, cesárea. Ela sempre disse que normal era melhor [...]. Apesar da ciência, a gente vai mais pelo que os pais e avós falam [...]. Ouvi conselhos de conhecidas, amigas, experiências da mãe, sogra [...]. Experiências das mulheres que tiveram partos normais e mulheres que tiveram cesarianas (P1, P2, P4, P5, P7, P8, P9, P12, P14, P16, P18, P19).

Tiro minhas dúvidas no pré-natal [...]. No posto de saúde participei de palestras e oficinas para gestantes com médicos e enfermeiras [...]. Recebi orientações de residentes de enfermagem obstétrica [...]. Doulas [...]. Através da equipe do pré-natal e aqui na hora que eu cheguei; todo mundo do início ao fim. Era minha vontade, mas teve influência da equipe (P2, P9, P11, P13, P14, P16, P17, P19, P20, P21, P24, P25).

Em estudo realizado na cidade de Juiz de Fora (MG), confirmou-se, pelos relatos das participantes, que as mulheres mais próximas, familiares ou amigas, têm papel fundamental na formação das suas opiniões⁽¹⁹⁾. Tais influências são moduladas pelas histórias familiares, que revelam aspectos positivos e negativos das vivências e experiências de cada um do grupo familiar e da família como um todo⁽¹⁷⁾. As interferências familiares para a decisão do tipo de parto advêm de avós, irmãs, sogra, de maridos e, principalmente, de mães, sendo a via de parto escolhida de acordo com essas influências⁽²⁰⁾.

Outras variáveis foram relatadas nos discursos, como repasse de informações e/ou indicações de profissionais, boa relação interpessoal estabelecida durante a assistência pré-natal e/ou no trabalho de parto.

Contudo, os discursos também revelaram que os sujeitos apresentaram fraquezas humanas, como medo da dor e de complicação, que as imobilizaram e as fragilizaram numa relação heteronômica.

A insensibilidade dos profissionais às necessidades da mulher, a falta de informações, as condições do sistema de saúde público ou privado, a insegurança e o medo revelados, e os sonhos não atingidos que acabam por produzir frustrações nessas mulheres nem sempre são superados⁽¹⁰⁾.

Nesta pesquisa, os depoimentos também evidenciaram que a comunicação profissional — paciente é unilateral, não facultando diálogo, privando as mulheres de explicações claras. Os sujeitos não tiveram acesso prévio às informações de forma clara e suficiente para fazer escolhas.

No pré-natal não tive orientação [...]. O médico não falava quase nada [...]. Nunca explicaram como seria um parto [...]. Questionava o médico porque era minha primeira gestação [...]. Eu não sabia como era. Era inexperiente e ele só falava que eu ia saber só na hora (P11, P18).

A ação educativa durante o pré-natal é de extrema relevância, pois é nessa ocasião que ocorre a preparação tanto física como psicológica da mulher para o ato da maternidade. A qualidade do pré-natal influencia na cadeia de crenças e opiniões sobre as vias de parto e, consequentemente, sobre a escolha final. O profissional de saúde, no papel de educador, tem que estar atento a esta assistência⁽¹⁹⁾.

Quando a informação é escassa, ou o sujeito sabe que tem direito a mais informação, ele busca nas mídias e fontes eletrônicas de informação (internet). Para esse grupo de sujeitos, mesmo para aqueles que referiram ter recebido informação na consulta e no convívio familiar e social, a internet, revelou-se importante instrumento para fonte de informação, apreensão de conceitos sobre o tema⁽¹⁰⁾, e tomada de decisão.

A maior fonte de informação que tenho é a internet. Eu li de tudo o que eu achava interessante [...]. Foi o que motivou o parto normal (P1, P2, P6, P9, P12, P14, P17, P18, P21, P23).

Um estudo mostrou a existência de posturas ambíguas no quesito busca de informações acerca dos tipos de parto. Enquanto algumas se consideravam informadas, buscando conhecimento por meio de revistas, jornais e internet, outras mulheres não demonstraram interesse⁽²⁰⁾.

A disponibilidade de informações sobre gestação e parto favorece a inclusão das gestantes no processo deci-

sório, oportunizando a manifestação de sua autonomia em relação à via de parto⁽⁹⁾.

■ CONCLUSÕES

O estudo permitiu concluir que 76% dos sujeitos preferiram o parto normal. Tal preferência foi justificada pelo fato de ser um processo natural, ter uma recuperação pós-parto mais rápida, facilitando a locomoção e trabalho, além da possibilidade de realização dos cuidados com o bebê sem restrições.

Foi evidenciado que experiências prévias com o parto, interferências familiares, interação profissional — cliente nas consultas pré-natais e fontes eletrônicas de informação influenciaram na escolha do tipo de parto.

Diante disso, é imprescindível a participação do (a) enfermeiro (a) obstetra/obstetriz na atenção ao ciclo gravídico puerperal, pois este profissional desempenha um papel estratégico no processo educativo, além de assistir a mulher com qualidade e de forma mais humanizada.

Deve-se oportunizar a mulher o resgate de seu protagonismo no processo de nascimento, permitindo a ela decidir sobre o tipo de parto com base em informações consistentes e evidências científicas. As ações descritas nos ODM e relacionadas com a qualidade da atenção para a redução da mortalidade materna fazem parte das competências e habilidades necessárias na atuação desses profissionais.

Alguns elementos a partir deste estudo podem ser considerados, como a necessidade da participação mais eficaz da presença do (a) enfermeiro (a) obstetra na fase de dilatação como forma de fortalecer o vínculo com a mulher e, compartilhando a escolha consciente no tipo de parto baseada nas questões individuais e nas evidências clínicas.

Dentre as limitações do presente estudo pode-se citar a pouca participação e atuação do enfermeiro na atenção direta ao período expulsivo como uma atividade nova na instituição pesquisada, a própria caracterização institucional como referência de alto risco no contexto do município e cultura do modelo biomédico no nosso cenário de prática.

Algumas ações podem ser desempenhadas pelo enfermeiro obstetra na Atenção Primária à Saúde, como contribuição do estudo para a prática e teorização, sugere-se: promover autonomia da mulher na escolha do tipo de parto e valorizar sua história, heranças e escolhas. Orientar sobre o melhor momento para a internação no trabalho de parto, evitando a hospitalização precoce, sobre práticas benéficas a serem adotadas durante o tra-

balho de parto, promover o esclarecimento de dúvidas e o afastamento de medos que surgem no processo de gestar e parir, e favorecer experiências dialógicas entre a mulher e os profissionais de saúde.

Recomenda-se que os resultados deste estudo sejam ampliados para além do cenário ao qual se desenvolveu, considerando os determinantes sociais da saúde dos sujeitos individuais e coletivos como base para o desenvolvimento e execução de políticas públicas de saúde, em consonância com os preceitos da Maternidade Segura.

A realização de estudos comparativos em diferentes instituições e municípios, a partir da mesma metodologia, pode encontrar outros resultados, contando com atenção emancipatória durante a parturição, numa perspectiva assistencial mais apropriada às mulheres, e elucidar os distintos fatores que influenciam na escolha do tipo de parto, para que mais mulheres sejam ouvidas e exerçam o direito de decidir como preferem dar à luz.

■ REFERÊNCIAS

1. Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(2):336-43.
2. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (BR). Os objetivos de desenvolvimento do milênio: melhorar a saúde materna, Brasília: PNUD, ©2012- [citado 2015 jul 20]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/odm5.aspx>.
3. Gomes ARM, Pontes DS, Pereira CCA, Brasil AOM, Moraes LCA. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. *Rev Recien.* 2014;11(4):23-7.
4. Fundação Osvaldo Cruz (BR). Nacer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014 [citado 2015 jul 20]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais>.
5. Souza JP, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med.* 2010;8:71.
6. Paris GF, Monteschio LVC, Oliveira RR, Latorre Rosário MDO, Pelloso SM, Mathias TAF. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014;36(12):548-54.
7. Cassiano ACM, Carlucci SEM, Gomes CF, Bennemann RM. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Rev Serv Público* 2014;5(2):227-44.
8. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(4):1059-68.
9. Leguizamón Junior T, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Rev Bioét.* 2013;21(3):509-17.
10. Sodré TM, Bonadio IC, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina - Paraná. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(3):452-60.

11. Nascimento RRP. Tipos de parto: fatores relacionados na escolha pela puérpera [monografia]. Campo Grande (MS): Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2015.
12. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs; 2005.
13. Balaskas J. Parto ativo: guia prático para o parto natural. 2. ed. São Paulo: Ground; 2012.
14. Campos AS, Almeida ACCH, Santos RP. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. *Rev Enferm UFSM*. 2014;4(2):332-41.
15. Freire NC, Nunes IM, Almeida MS, Gramacho RCCV. Parto normal ou cesárea? a decisão na voz das mulheres. *Rev Baiana Enf*. 2011;25(3):37-47.
16. Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e materna relacionada ao tipo de parto. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(2):427-35.
17. Lagomarsino BS, Sand ICPV, Perlini NMOG, Linck CL, Ressel LB. A cultura mediando preferências pelo tipo de parto: entrelaçamento de fios pessoais, familiares e sociais. *Rev Min Enferm*. 2013;17(3):680-7.
18. Callister LC, Corbett C, Reed S, Tomao C, Thornton KG. Giving birth: the voices of Ecuadorian women. *J Perinat Neonat Nurs*. 2010;24(2):146-54.
19. Figueiredo NSV, Barbosa MCA, Silva TAS, Passarini TM, Lana BN, Barreto J. Fatores culturais determinantes da escolha da via de partos por gestantes. *HU Rev*. 2010;36(4):296-306.
20. Silva HM, Ribeiro CM, Costa AR. Acompanhamento de gestantes: nível de informações e influências de familiares, amigos e da mídia para a decisão do tipo de parto. *Conexão Ciência*. 2011;6(1):32-40.

■ **Endereço do autor:**

Raquel Ramos Pinto do Nascimento
Rua Pimenteira, 57, Cooptrabalho
79115-100 Campo Grande – MS
E-mail: rachelnasc@hotmail.com

Recebido: 16.06.2015

Aprovado: 24.11.2015